Année 1972 *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LARIBOISIERE-SAINT-LOUIS

54

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Claude SYLVAIN

Ne le 14 Septembre 1944 a PARIS (20e)

Présentiée et soutenue publiquement le 1972

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU PRONOSTIC FONCTIONNEL DE L'HEMIPLEGIE.

PRESIDENT : MONSIEUR R. HOUDART, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552726_0013

Année 1972 *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LARIBOISIERE-SAINT-LOUIS

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Claude SYLVAIN

NE LE 14 SEPTEMBRE 1944 A PARIS (20E)

Présentée et soutenue publiquement le 1972

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU PRONOSTIC FONCTIONNEL DE L'HEMIPLEGIE.

PRESIDENT : MONSIEUR R. HOUDART, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes Parents,

A ma Femme,

A mon Fils,

A ma Soeur,

A mes Frères,

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur R. HOUDART

Chef de Service à l'Hôpital Lariboisière

qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En témoignage de toute ma gratitude.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé J. P. HELD
Chef du Service de Rééducation Neurologique
à l'Hôpital de la Salpétrière

qui m'a confié le sujet de
cette thèse, et dont les
conseils m'ont été précieux.

En témoignage de mon profond
respect et de toute ma recon-
naissance.

A Monsieur le Docteur B. PAUGAM

Chef de Service au Centre Hospitalier de Gonesse

qui m'a orienté vers la rééducation.

Qu'il en soit ici remercié.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. VILLIAUMEY

Chef de Service à l'Hôpital Henri-Mondor

A Monsieur le Docteur H. GOUDAL

Chef de Service au Centre Hospitalier d'Aulnay-sous-Bois

qu'ils reçoivent l'expression de toute

ma gratitude pour leur enseignement.

I N T R O D U C T I O N

Nous nous proposons d'étudier dans les pages qui vont suivre un groupe de 198 hémiplégies ayant bien récupéré, et qui font partie de 631 hémiplégies suivies dans le service de Rééducation Neurologique de la Salpétrière.

Nous allons essayer de voir pourquoi elles ont bien récupéré, quelles sont leurs caractéristiques.

L'hémiplégie est une maladie fréquente. De par ses étiologies, elle peut être observée chez des malades d'âges très différents. En effet, les causes sont nombreuses et variées, toute lésion d'un hémisphère cérébral ou d'un côté sur le tronc cérébral pouvant en être à l'origine.

Dès l'abord, il faut souligner l'extrême fréquence des causes vasculaires, conséquences le plus souvent de l'athérome, lui-même favorisé par l'hypertension artérielle (retrouvée dans 24 % des cas dans nos observations), le diabète (retrouvé dans 6 % des cas), l'hyperlipidémie.

A côté des causes vasculaires, mais avec une fréquence moindre, nous trouvons les causes traumatiques et tumorales. Les hémiplégies traumatiques sont en quasi totalité des conséquences d'accidents de la voie publique, leur fréquence est donc en pleine augmentation. Celle-ci montre, s'il en était encore besoin, l'utilité de la rééducation.

En effet, le traitement médical ou chirurgical, selon l'étiologie, n'est pas tout. Il peut, parfois, entraîner la guérison de ce qui a provoqué l'hémiplégie, mais il est sans effet, dans la majorité des cas, sur l'hémiplégie elle-même. Aussi le malade devra-t-il être pris en charge par le médecin rééducateur suffisamment tôt pour éviter des dégâts orthopédiques, qu'il sera ensuite très difficile de faire disparaître. D'autant plus tôt que ces troubles orthopédiques peuvent apparaître même chez des malades correctement traités.

La rééducation aura aussi pour tâche d'aider le malade à retrouver ses gestes et ses possibilités antérieurs, afin qu'il puisse récupérer une certaine autonomie, voire même un retour à l'état normal, lui permettant de reprendre son travail et sa place dans la société.

Cette étude s'appuiera sur 198 dossiers d'hémiplégies ayant présenté une bonne récupération motrice, et pour un certain nombre d'entre elles, une très bonne récupération fonctionnelle.

Après avoir défini ce que nous entendons par bonne et très bonne récupération, nous essaierons de faire ressortir les facteurs qui ont contribué à l'obtention d'une récupération satisfaisante.

Dans un premier chapître, et après avoir présenté quelques observations, nous verrons :

A/ Le délai écoulé entre l'accident initial et le début de la rééducation ;

B/ L'âge des malades ;

C/ Les différentes étiologies ;

D/ La topographie lésionnelle.

Dans un deuxième chapître, nous étudierons :

A/ L'importance des troubles moteurs lors du premier examen ;

B/ L'hypertonie pyramidale en cours d'évolution ;

C/ La présence des syncinésies ;

D/ La présence et l'importance des troubles sensitifs superficiels et profonds, et de l'astéréognosie.

Dans un troisième chapître, nous verrons :

A/ Quel est le côté le plus fréquemment retrouvé dans nos observations et s'il existe une différence de récupération significative ;

B/ L'aphasie ;

C/ La présence de troubles surajoutés, tels que :

- un syndrome cérébelleux,
- des mouvements de type choréo-athétosique
- une dystonie.

D/ Enfin l'état orthopédique des malades.

DEFINITIONS

Qu'entendons-nous par Bonne Récupération motrice ?

Nous avons considéré qu'un malade avait bien récupéré lorsqu'il pouvait en fin de rééducation :

- se servir correctement de son membre supérieur et de sa main, c'est-à-dire pouvant effectuer des mouvements au minimum contre une légère résistance, sinon une forte résistance.
- marcher sans canne, ce qui a été possible dans la presque totalité des cas.

Cette bonne récupération motrice a été cependant, dans nombre de cas, gênée par la persistance d'une hypertonie non négligeable, de syncinésies, de troubles sensitifs plus ou moins importants, ou par la présence de troubles associés à type de syndrome cérebelleux.

Les 198 malades considérés font partie de 631 malades admis en rééducation pour hémiplégie. Ils représentent donc 31 % du total.

Ce chiffre de 31 % peut paraître élevé. Nous pensons que ceci est dû, en particulier :

- au mode de recrutement des malades qui conditionne certains des paramètres que nous allons étudier plus loin.
- à une certaine sélection au départ, n'étant hospitalisés que les malades présentant, apparemment, les meilleures chances de récupération.

Mais il est possible aussi que ce bon résultat soit dû, en partie, à la rééducation effectuée dans le service.

Nous avons pensé qu'il était intéressant d'individualiser, au sein de ces bonnes récupérations motrices, les malades ayant présenté une très bonne récupération fonctionnelle, c'est-à-dire les malades :

- ayant récupéré de façon excellente au point de vue moteur, avec une force musculaire quasi normale,
- présentant une hypertonie très discrète, voire nulle,
- ne présentant pas de syncinésies :
  . ou bien qu'elles aient complètement régressé,
  . ou bien qu'elles ne se soient jamais manifestées.

Ceci leur permettant de marcher normalement, de courir, d'effectuer des mouvements, tels que battre la mesure avec le pied, bien opposer les doigts de la main.

Chez qui, en plus, les troubles sensitifs ont disparu, ou presque, y compris l'astéréognosie lorsqu'elle était présente.

Ces malades peuvent ainsi effectuer des mouvements fins tels qu'écrire, taper à la machine, couper les aliments.

Chez certains de ces malades, toutefois, cette excellente récupération fonctionnelle fut assortie de quelques troubles psychiques ou intellectuels.

Ces malades sont au nombre de 45. Ils représentent 22,7 % des malades ayant bien récupéré au point de vue moteur, et 7 % du nombre total de malades admis en rééducation.

Quelques exemples vont nous permettre d'illustrer ces définitions :

- Mr. L... Louis, 61 ans, a été admis dans le service le 7/10/69 pour rééducation d'une hémiplégie gauche massive survenue le 23/9/69, soit deux semaines auparavant, secondaire à un hématome intra-cérébral.

A 1'examen, la motricité est nulle aux deux membres.
Il n'existe pas d'hypertonie.
La sensibilité superficielle est normale.
Il existe une astéréognosie du pouce.
Le malade aurait de plus tendance à souffrir de l'épaule gauche.

- 2 semaines après son entrée : apparition d'une hypertonie sur :
  . le biceps brachial, avec stretch d'intensité 2, à vitesse V2 et V3, se produisant à 135°
  . les pronateurs force I, en V3 à 135°
- 4 mois après : la force musculaire est à 2 (contraction entraînant un mouvement) sur le biceps brachial, le deltoïde, le sous-scapulaire, le grand pectoral, les fléchisseurs des doigts.

Au membre inférieur : racine à 3
segment jambier à 2
l'hypertonie persiste sur les fléchisseurs de l'avant-bras, les pronateurs, les palmaires, et au membre inférieur sur le quadriceps.
Le malade marche avec une canne. Sa main reste inutilisée. Son épaule est douloureuse.

- Après une période très syncinétique, nous trouvons le malade, après 7 mois de rééducation, avec :
  . une force musculaire à 2 au membre supérieur, sauf la rotation externe, les palmaires, les radiaux et l'extenseur des doigts - à 3 + au membre inférieur, sauf le pied à 2 +
  . une extinction sensitive à la main gauche.

- Après 1 an :
  . orthopédiquement : rotation externe à l'épaule à 40°.
  . force musculaire :
    - membre supérieur : racine à 3
      prono-supination à 2
      rotation externe à 0
      pouce à 2 + /3
    - membre inférieur comparable au précédent examen :
      3 + dans l'ensemble. Le malade marche bien, sans canne.
  . sensibilité : peu d'amélioration
  . tonus : hypertonie comparable.

Ainsi, après 1 an de rééducation :
- bonne récupération motrice,
- mais persistance de quelques troubles sensitifs et d'une hypertonie notable.

- Mme V.... Aimée, 61 ans, est entrée le 9/4/70 pour rééducation d'une hémiplégie gauche survenue brutalement le 10/3/70, secondaire à un abcès rolandique.

A l'entrée : conscience perturbée
gros troubles arthriques
. force musculaire à 0 aux deux membres,
. tonus : normal,
. réflexes ostéo-tendineux vifs,
. pleurs spasmodiques,
. sensibilité : semble sentir le pincement.

Le 20/5/70 (1 mois 10 jours)
. limitation de la rotation externe de l'épaule à 20°
. motricité :
  - membre supérieur à 1 + /2 sauf muscles du pouce et interosseux,
  - membre inférieur : racine, jambe à 2 sauf jambier antérieur à 0.

Le 30/3/71 (11 mois)

Marche bien sans canne.

Se sert bien de sa main.

Motricité : membre supérieur :

- racine à 4,
- extenseur des doigts 3 +

membre inférieur :

- cuisse à 4

Il persiste une légère astéréognosie au niveau de la main.

Le 21/9/71 (17 mois)

Importants progrès.

Muscles du pouce à 2.

Mais ne peut couper sa viande.

Pas d'hypertonie.

Persistance donc après 17 mois :

- d'une diminution de la force musculaire aux extrémités,
- d'une légère astéréognosie de la main.

- Mr. D.... Guy, 36 ans, a été admis le 2/7/66 pour rééducation d'une hémiplégie gauche survenue en Août 65, secondaire semble-t-il, à une phlébite cérébrale.

A l'entrée (près d'un an après l'accident)

- motricité :
  . au membre supérieur : racine à 4
  bras, avant-bras 3/4
  pouce 2+/3
  . au membre inférieur : globalement à 4
- tonus : hypertonie sur le biceps brachial et les palmaires
- syncinésies de coordination très importantes.

On notera un peu plus tard une hypertonie notable sur le fléchisseur commun superficiel des doigts et au membre inférieur sur le triceps.

En septembre 67 (14 mois de rééducation)

. Très bonne force musculaire, mais persistance d'une hypertonie et de syncinésies importantes. Néanmoins reprise du travail.

- Melle P.... Danièle, 24 ans, entre dans le service le 13/5/67, pour rééducation d'une hémiplégie gauche, consécutive à un traumatisme crânien survenu le 7/4/67.

A l'entrée, l'examen note :

- motricité :
  - . membre supérieur : récupération déjà notable sur le deltoïde, le grand pectoral, le biceps et le triceps.
    Une ébauche de récupération sur les radiaux et les fléchisseurs des doigts.
  - . membre inférieur : une racine sensiblement normale, un segment jambier à 0.
- tonus :
  - . hypertonie sur triceps, fléchisseurs des doigts au membre supérieur,
  - . hypertonie sur triceps et quadriceps au membre inférieur.
- sensibilité :
  - . hypoesthésie superficielle au membre supérieur,
  - . sensibilité profonde perturbée au membre inférieur.

La rééducation est mise en route, et :

15 jours après :

- la malade marche avec une canne,
- mais n'utilise pas encore sa main gauche.

On note :

- un début d'ankylose des métacarpo-phalangiennes,
- une spasticité sur le triceps sural avec pied en varus équin.

10 jours plus tard, la malade marche sans aide et les péroniers se réveillent au membre inférieur.

Le 10/7/67, soit deux mois après son entrée, la malade utilise sa main gauche. Orthopédiquement, on note une rotation externe de l'épaule limitée à 15-20°, un pied gauche en varus équin, des progrès moteurs sur les extenseurs des doigts et les muscles du pouce.

Le 9/1/68 (8 mois)

Marche presque aussi rapide qu'avant.

Quelques syncinésies sont apparues.

Il n'existe plus qu'une tendance au varus équin gauche.

La malade peut taper à la machine.

Après un an, et une transplantation du tendon d'Achille sur les extenseurs pour diminuer le varus équin gauche, on peut noter que :

- la spasticité du triceps sural a très nettement diminué,
- la malade tape très bien à la machine,
- la force musculaire des releveurs du pied est sensiblement normale.

Le 21/9/68 (16 mois)

- marche très bien,
- sensibilité normale,
- arrêt de la rééducation.

Février 70, la malade travaille normalement (secrétaire). Le rythme à la machine à écrire est aussi rapide qu'auparavant. Il ne persiste à titre de séquelles qu'une très légère spasticité du triceps sural d'intensité 2, en V2 à 80°.

Voici, brièvement résumées, quelques observations qui auront permis de se faire une idée d'une bonne et très bonne récupération.

Ière PARTIE

A - ETUDE DU DELAI écoulé entre l'accident hémiplégique et l'entrée dans le Service de Rééducation

DELAI	NOMBRE DE MALADES	%
< 15 jours	36	163 soit 82
15-30	65	
1 à 2 mois	31	
2 à 3	31	
3 à 6	10	5
6 à 9	7	5
9 à 12	3	
> 1 an	2	1
non précisés	13	7

Il apparaît nettement que plus des 4/5 des malades ont commencé la rééducation dans un délai de moins de 3 mois, après l'accident hémiplégique, et plus de la moitié moins d'un mois après.

Il s'agit d'un délai assez court. Il explique en partie le nombre élevé de bonnes récupérations recueillies sur 631 malades.

Si nous considérons maintenant la deuxième catégorie de malades (les "très bonnes récupérations"), nous voyons que :

- 38 malades sur 45 sont arrivés dans un délai de moins de 3 mois soit 84 %.
- 21 parmi eux dans un délai de moins d'un mois.

Le délai semble donc être un facteur déterminant dans le pronostic.

B - REPARTITION DES MALADES SUIVANT L'AGE

Bonnes récupérations (198)

< 20 ans	.....	15 malades	..... 7,5 %
20 à 29 "	.....	23 "	..... 12 %
30 à 39 "	.....	24 "	..... 12 %
40 à 49 "	.....	36 "	..... 18 %
50 à 59 "	.....	44 "	..... 22 %
60 à 69 "	.....	50 "	..... 25 %
70 à 79 "	.....	6 "	..... 3 %

Très bonnes récupérations (45)

< 20 ans	.....	5 malades	..... 11 %
20 à 29 "	.....	7 "	..... 15,5 %
30 à 39 "	.....	7 "	..... 15,5 %
40 à 49 "	.....	8 "	..... 17,7 %
50 à 59 "	.....	10 "	..... 22,2 %
60 à 69 "	.....	7 "	..... 15,5 %
70 à 79 "	.....	1 "	2,2 %

Ainsi, dans le premier groupe, le nombre de malades monte régulièrement jusqu'à 60-70 ans, où il atteint 25 % des malades pour s'abaisser ensuite très brutalement.

Dans le deuxième groupe, le nombre de malades jeunes est plus élevé (en pourcentage). Le maximum est compris entre 50 et 60 ans.

Il existe donc de légères différences entre les deux tableaux que l'on peut expliquer ainsi :

Etant donné ses étiologies, l'hémiplégie survient le plus souvent chez des sujets âgés, et il est alors logique que l'âge du plus grand pourcentage de bonnes récupérations soit peut différent de l'âge "classique" de l'hémiplégie.

Ce maximum ne semble pas correspondre à une plus grande capacité de récupération des sujets entre 60 et 70 ans, et ceci explique que le maximum de très bonnes récupérations se trouve entre 50 et 60 ans. Mais ici aussi l'argument de fréquence joue.

Nous allons donc maintenant voir le pourcentage, dans chaque tranche d'âge, de malades ayant très bien récupéré par rapport au nombre initial de bonnes récupérations.

AGE	Bonnes Récupérations	Très bonnes Récupérations	%
10 - 19	15	5	33
20 - 29	23	7	30
30 - 39	24	7	29
40 - 49	36	8	22,2
50 - 59	44	10	23
60 - 69	50	7	14
70 - 79	6	1	14

Ainsi la meilleure récupération a été observée chez les malades les plus jeunes, et elle a régulièrement diminué jusqu'aux malades les plus âgés. Ceci indépendamment de l'étiologie, le plus souvent différente chez les sujets jeunes et moins jeunes.

C - REPARTITION DES MALADES SUIVANT L'ETIOLOGIE

Etiologie vasculaire 131 = 66 %

. Accidents ischémiques..... 90
. Malformations vasculaires..... 13
. Hématomes intra-cérébraux spontanés..... 9
. Phlébite cérébrale..... 1
. Lésions du tronc cérébral..... 12
. Etiologies vasculaires diverses..... 6
(post-artério,.....)

Etiologies traumatiques

. 26 soit 13 %

Etiologies tumorales, y compris les abcès cérébraux

. 17 soit 8 %

Scléroses en plaques : 3

Encéphalite : 1

Etiologies non précisées : 20 soit 10 %

Nous devons noter la prédominance nette des étiologies vasculaires (66 %) en regard des étiologies traumatiques (13 %) et tumorales (8 %).

Cependant cette prédominance est moindre dans cette étude que celle qu'on retrouve habituellement lorsqu'il s'agit d'hémiplégies en général, où l'étiologie vasculaire concerne 90 % des malades ; les deux autres causes les plus importantes n'étant retrouvées que dans 2 à 3 % des cas.

Ceci est dû d'abord, semble-t-il, au mode de recrutement des malades.

Cette étude a été menée à la Salpétrière, dans le Service de Rééducation neurologique. Les malades venaient, pour un grand nombre, des services de Neurologie ou de Neurochirurgie de la Salpétrière ou d'autres hôpitaux de Paris, où ils avaient été adressés pour une atteinte souvent très grave du système nerveux central secondaire à un traumatisme crânien ou à une tumeur cérébrale, et cela peut expliquer en partie la baisse des causes vasculaires au profit des autres causes.

Mais il est possible aussi que cette baisse soit due au fait que les hémiplégies d'origine vasculaire récupérent moins bien que les hémiplégies tumorales ou traumatiques.

En effet, les hémiplégies tumorales recouvrent les tumeurs bénignes et les abcès, (à côté des autres lésions), lésions curables chirurgicalement donc de meilleur pronostic, et les hémiplégies traumatiques concernent, comme nous le verrons, très souvent les sujets jeunes, donc possédant de meilleures capacités de récupération.

D - REPARTITION DES MALADES SELON LA TOPOGRAPHIE LESIONNELLE

. Syndrome sylvien — 75 soit 38 %

. Syndrome pariétal — 5 soit 2,5 %

dont 2 tumeurs
2 traumatismes
1 hématome spontané

. Syndrome temporal — 9 soit 4,5 %

dont 3 tumeurs
4 hématomes spontanés
2 hématomes traumatiques

. Syndrome rolandique — 15 soit 7,5 %

dont 6 tumeurs (abcès)
1 traumatisme
1 hématome spontané
7 malformations vasculaires

. Lésions du tronc cérébral	13	soit 6,5 %
. Atteintes frontales	5	soit 2,5 %
. Contusions cérébrales diffuses	13	soit 6,5 %
. Atteinte de la cérébrale antérieure	2	

On note une prédominance des syndromes sylviens représentant plus d'1/3 des malades.

Parmi ces atteintes, lesquelles ont le mieux récupéré :

. Syndrome sylvien	17 sur 75	22 %
. Syndrome pariétal	0 sur 5	
. Syndrome temporal	1 sur 9	11 %
. Syndrome rolandique	3 sur 15	20 %
. Lésions du tronc cérébral	3 sur 13	23 %
. Contusions diffuses	5 sur 13	38 %

Il apparaît que la meilleure récupération est survenue chez des malades ayant présenté des contusions cérébrales diffuses. Sur ces 5 contusions :

- 2 avaient entre 10 et 20 ans,
- 3 avaient entre 20 et 30 ans.

Il s'agissait donc de malades jeunes, et il est difficile de faire la part du jeune âge et du type de lésion dans l'appréciation de ce résultat favorable.

D'autre part, il faut noter la très mauvaise récupération des atteintes pariétales et temporales, objectivée sur :

- le peu d'atteintes de ce type retrouvées dans les bonnes récupérations,
- le fait que, parmi ces bonnes récupérations, aucune atteinte pariétale n'a très bien récupéré, 1 seule atteinte temporale (sur 9) a très bien récupéré.

IIeme PARTIE

Nous allons maintenant nous pencher sur les signes qui permettent de suivre l'évolution de l'hémiplégie pendant la rééducation.

A - IMPORTANCE DES TROUBLES MOTEURS AU PREMIER EXAMEN

Ils constituent ce que l'on a coutume d'appeler la paralysie. Il s'agit en fait d'une diminution ou même d'une abolition de la commande volontaire sur les différents muscles.

Afin d'avoir une vue objective de ces troubles, il est habituel dans le service d'employer la cotation suivante :

Muscle à 0 Pas de contraction
1 Contraction sans mouvement
2 Contraction entraînant un mouvement
3 Contraction contre légère résistance
4 Contraction contre forte résistance
5 Contraction normale

Nous avons dit au début que les malades ayant présenté une bonne récupération avaient une commande volontaire de niveau égal ou supérieur à 3.

Nous allons voir combien parmi ces malades avaient des troubles moteurs très importants à l'entrée, c'est-à-dire une note à 0 ou 1.

69 malades sur 198, soit 35 %, étaient dans ce cas.

L'atteinte pouvait prédominer sur un territoire, comme nous allons le voir :

. Déficit global unilatéral..... 26
. Déficit du membre supérieur..... 12
. Déficit du membre inférieur..... 6
. Déficit de l'extrêmité distale MS..... 14
. Déficit distal MI..... 5
. Déficit proximal MS..... 1
. Déficit proximal MS + MI..... 1
. Déficit distal MS + MI..... 4

Parmi ces 69 malades, 13 ont très bien récupéré, ce qui représente :

- 18 % parmi les bonnes récupérations,
- 6,5 % du total.

En détail :

. Déficit unilatéral	4/26
. Déficit global du membre supérieur	1/12
. Déficit global du membre inférieur	3/6
. Déficit distal du membre supérieur	4/14
. Déficit distal du membre inférieur	0/5
. Déficit distal des deux membres	0/4
. Déficit proximal du membre supérieur	1/1
. Déficit proximal des deux membres	0/1

Ainsi donc, nous voyons que de gros troubles moteurs au début constituent un lourd handicap. Mais il faut cependant noter qu'ils n'empêchent pas forcément une bonne récupération.

De plus, 25 malades (12 %) ont débuté leur hémiplégie par un coma dont la durée a varié entre 2 jours et 1 mois. 8 parmi ces 25 malades ont très bien récupéré (le 1/3 donc) dont 5 étaient d'origine traumatique et concernaient des sujets jeunes.

Nous pouvons, en conséquence, noter qu'un coma initial, dans la mesure où l'évolution s'est faite vers l'amélioration, ne présente pas de valeur péjorative lors de l'élaboration du pronostic fonctionnel, à fortiori, si le sujet est jeune.

B - REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE L'HYPERTONIE

Deuxième grand symptôme, elle est le plus souvent présente, à des degrés divers, et elle gêne parfois plus le malade que la paralysie elle-même.

Nous savons qu'elle affecte classiquement une topographie inverse de celle des paralysies, mais ce n'est pas systématique. Elle est recherchée par l'étude de la mobilisation passive des segments de membres, dans les conditions optima de confort du malade.

Elle est exceptionnellement absente, mais elle peut être discrète.

Sur 198 malades :

- 58 avaient une hypertonie discrète,
- 20 n'ont pas présenté d'hypertonie,
- 4 ont présenté une hypotonie

soit 82 malades (ou 42 %) peu ou pas hypertoniques.

L'hypertonie atteignant les 116 autres malades se répartissaient essentiellement :

- au membre supérieur : sur les pronateurs, le biceps, le triceps, parfois les palmaires;
- au membre inférieur : sur le triceps, le quadriceps, parfois les ischio-jambiers.

Certains malades, au nombre de 20, ont présenté une hypertonie de type extra-pyramidal, ce qui a réalisé, pour 17 d'entre eux, une hypertonie mixte.

- 24 parmi les malades peu ou pas hypertoniques (82), ont présenté une excellente récupération (30 %) ;
- 21, parmi les malades hypertoniques (116), ont présenté une excellente récupération (20 %).

Le fait qu'1/5 des malades hypertoniques ait perdu leur hypertonie peut être considéré comme un excellent résultat.

C - LES SYNCINESIES

Elles peuvent réaliser une gêne importante pour l'hémiplégique.

Ce sont le plus souvent des syncinésies de coordination, la contraction volontaire de certains muscles entraînant la contraction involontaire d'autres muscles fonctionnellement associés.

Sur 198 malades, 42 -soit 21 %- ont présenté des syncinésies importantes. Elles ont complètement régréssé dans 12 cas, soit plus d'1/4 des cas, ce qui peut être considéré comme un très bon résultat de la rééducation.

D - LES TROUBLES SENSITIFS

Par leur importante, ils empêchent fréquemment le malade de récupérer de façon satisfaisante.

Ils sont très fréquents. Ils étaient présents chez 81, soit 41 % de nos malades.

Répartition suivant la localisation :

. Atteinte de la sensibilité superficielle au membre supérieur..... 57
. Sensibilité superficielle MI..... 53
. Sensibilité profonde MS..... 59
. Sensibilité prcfonde MI..... 50

De plus, 30 malades présentaient une astéréognosie à l'entrée, 24 l'ont conservée avec une intensité variable.

Parmi les 45 "très bonnes récupérations" 11 malades présentaient des troubles sensitifs à l'entrée :

. troubles sensitifs discrets (superf. + prof.) 3
. extinction superficielle 3
. troubles sensitifs thermo-algésiques 1
. troubles sensitifs profonds des extrémités 2
. atteinte de la sensibilité profonde au membre inférieur + hypoesthésie du membre supérieur 1
. gros troubles sensitifs superficiels + profonds + astéréognosie 1

Les troubles sensitifs sont difficilement rééducables, et les résultats sont médiocres. Ceci est surtout grave lorsqu'il existe une astéréognosie de la main, rendant celle-ci inutilisable même si la motricité est excellente.

IIIeme PARTIE

A - REPARTITION DES MALADES SUIVANT LE COTE ATTEINT

- 116 malades ont présenté une hémiplégie droite (58 %)
- 82 avaient une hémiplégie gauche (42 %).

Cette répartion semble due au hasard, car on observe :
- 26 très bonnes récupérations sur 116 hémiplégies droites : 22 %
- 19 très bonnes récupérations sur 82 hémiplégies gauches : 23 %

Les proportions sont identiques, et le côté atteint n'a pas semblé jouer un rôle dans nos observations.

B - Parmi les 116 hémiplégiques droits, 76 ont présenté une APHASIE plus ou moins sévère.

11 parmi eux ont très bien récupéré.

C - LES TROUBLES ASSOCIES

Au fur et à mesure que la récupération avance, que l'hypertonie diminue, que les syncinésies s'atténuent, peuvent apparaître des troubles qui gênent fortement le malade.

- un syndrome cérébelleux est apparu chez 19 malades.
  Chez 4 d'entre eux, il a complétement disparu, permettant ainsi, conjointement à d'autres éléments, une excellente récupération.
- des mouvements de type choréo-athétosique ont été observés chez 6 malades, et ils ont persisté dans 4 cas.
- une dystonie a été observée chez 8 malades, essentiellement au niveau du gros orteil, parfois au niveau du membre supérieur. Elle a chez certains malades nécessité un traitement chirurgicaL.

D - L'ETAT ORTHOPEDIQUE

Nous lui avons réservé une place à part car, s'il est un des éléments essentiels du pronostic fonctionnel, il n'en est pas pour autant directement en relation avec la lésion cérébrale, comme la paralysie ou l'hypertonie.

Sur nos 198 observations :

. 50 malades ont présenté une atteinte articulaire d'importance variable ; atteignant :
  - dans 43 cas l'épaule,
  - dans 15 cas la main,
  - dans 6 cas le coude.
. Cette atteinte fut très importante et persistante dans 14 cas, soit 7 % des malades.
. 2 malades ont présenté une para-ostéo-arthropathie du coude.

Ces troubles peuvent être dus à la spasticité et aux déséquilibres musculaires, mais très souvent, ils sont les conséquences de mauvaises positions prises dès les premiers jours de la maladie.

Plus l'atteinte motrice et l'hypertonie seront importantes, plus les dégâts seront, eux aussi, importants.

Le traitement orthopédique du malade est donc capital dès son arrivée au centre de rééducation, afin d'éviter, et d'atténuer si elles sont déjà présentes, les déformations et les ankyloses.

C O N C L U S I O N S

Cette étude portait sur 198 dossiers d'hémiplégies ayant bien récupéré, sur un total de 631 hémiplégies suivies au Centre de Rééducation Neurologique de la Salpétrière, et se proposait de mettre en évidence certains facteurs influant sur le pronostic.

Comme nous l'avons dit au début, ce chiffre (31 % de bonnes récupérations) peut paraître élevé. Il semble qu'il faille tenir compte :

I - Du mode de recrutement des malades conditionnant :
- le délai entre l'accident hémiplégique et le début de la rééducation. Il a été montré qu'il était dans la majorité des cas très bref (82 % entre 0 et 3 mois), conséquence de l'envoi à l'hôpital de ces malades gravement atteints.
- le jeune âge, facteur de bonne récupération, en relation étroite avec l'étiologie. En effet, traumatismes crâniens et tumeurs ont été retrouvés en nombre relativement important, et ces étiologies sont souvent retrouvées chez des malades jeunes.

2 - D'une certaine sélection opérée à l'admission des malades au centre de rééducation, n'étant hospitalisés que ceux qui présentent, apparemment, les meilleures chances de récupération.

3 - Des résultats de la rééducation.

Nous avons étudié :

Dans une première partie :

A - Le délai entre accident hémiplégique et début de la rééducation, et vu que plus il était court, meilleures étaient les chances de bien récupérer

B - L'âge des malades

L'âge optimum a semblé se situer entre 10 et 20 ans. Il est bien évident qu'un malade jeune aura de meilleures chances de bien récupérer de par son état physique, psychique et intellectuel.

C - Mais cet âge optimum est à considérer en fonction de l'étiologie et par contre coup de la localisation lésionnelle.

Ainsi, sur les 13 malades ayant présenté un traumatisme crânien avec contusions cérébrales diffuses, 5 ont très bien récupéré, soit 38 %, alors que les lésions vasculaires ayant atteint le territoire sylvien (75) n'ont très bien récupéré que dans 22 % des cas.

Ces traumatismes étant survenus chez des sujets jeunes (moins de 30 ans), il est très difficile de savoir si la meilleure récupération est due à l'âge ou au type de lésion.

1 Dans un deuxième chapitre

Nous avons étudié l'importance des troubles moteurs à l'entrée, et vu qu'ils conditionnaient pour une très grande part le pronostic final.

Cependant, il est à noter que 35 % des malades avaient une commande volontaire à 0 ou à 1 lors du premier examen, et qu'ils ont bien récupéré, ce qui n'apparaît pas négligeable.

Nous avons ensuite envisagé l'hypertonie. Exceptionnellement absente, elle peut être très discrète :

- 82 malades étaient peu ou pas hypertoniques,
  30 % ont très bien récupéré
- 116 malades étaient hypertoniques
  20 % ont très bien récupéré.

Il est bien évident qu'une hypertonie peu importante fait envisager un meilleur pronostic fonctionnel.

Mais une hypertonie importante peut cependant rétrocéder complètement comme cela s'est produit chez 21 malades.

En ce qui concerne les syncinésies :

- 42 malades étaient syncinétiques à un moment de leur évolution,
- 12 ont très bien récupéré, soit plus d'un quart.

Ainsi la présence de syncinésies assombrit le pronostic fonctionnel, mais la rééducation permet quand même, dans un nombre non négligeable de cas, de les éliminer totalement.

La présence de troubles sensitifs dans 40 % des cas a handicapé fortement le malade, ainsi que la présence d'une astéréognosie dans 30 cas.

Parmi les très bonnes récupérations (45), 11 malades présentaient des troubles sensitifs variés (soit le 1/4). Encore étaient-ils, chez 7 d'entre eux, assez discrets.

Il semble donc bien que des troubles importants de la sensibilité soient de mauvais pronostic, ce d'autant qu'ils sont difficilement rééducables.

Pour résumer ce deuxième chapître, et nous basant sur les résultats vus plus haut, nous pouvons dire que chez un hémiplégique vu au tout début, la constatation d'une motricité à 0 ou à 1, d'une hypertonie pyramidale importante, en intensité aussi bien qu'en localisation, de syncinésies, ne permet pas de porter un mauvais pronostic. Certes, la rééducation sera plus longue et plus difficile, la récupération sera plus longue à apparaître, surtout si ces 3 troubles majeurs sont présents. Mais le malade pourra, dans un nombre appréciable de cas, bien récupérer, voire même pour certains, récupérer totalement.

Par contre, la constatation de troubles sensitifs surtout s'ils sont importants, intéressant tous les modes et auxquels pourra s'ajouter une astéréognosie, sera de très mauvais pronostic, ces troubles sensitifs étant tenaces et très peu rééducables.

Dans un troisième chapître,

Nous avons considéré l'état orthopédique des malades, et vu qu'un petit nombre d'entre eux avait gardé une atteinte articulaire (7 %) en fin de rééducation.

Nous voyons là un intérêt majeur de la mobilisation précoce dans la prévention et le traitement des dégâts orthopédiques.

Enfin les troubles associés tels que syndrome cérébelleux, mouvements anormaux, et dystonie seront une gêne supplémentaire pour le malade.

Soulignons qu'il y a, en rééducation, une condition absolument nécessaire :

- la coopération du malade : sans elle, tous les efforts des rééducateurs seront vains, aucune récupération satisfaisante ne pourra être obtenue.

B I B L I O G R A P H I E

- J. P. HELD - E. PIERROT-DESEILLIGNY
Rééducation motrice des affections neurologiques
ED. BAILLERE - 1969

- J. P. HELD - E. PIERROT-DESEILLIGNY
EMC Neurologie 1966 - 17004 A 10

- CLAISSE R. et COLL.
Pronostic fonctionnel de l'hémiplégie
B. M. SOC. MED. HOP. PARIS 1963
114 - N° 4 - 321-335

Vu, le Président de Thèse

M. le Professeur R. HOUDART

Vu, le Doyen de la Faculté

LARIBOISIERE SAINT-LOUIS

M. le Professeur E. FOURNIER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET